

PRACTICAS DE SALUD DE LOS NIÑOS TRABAJADORES CALLEJEROS DE CONSTITUCIÓN

Silvina Czerniecki

Introducción

El presente trabajo surge del plan de tesis de maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, dirigida por el Dr. Emiliano Galende. Este proyecto ha recibido financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud y su directora es la Lic. Alicia Stolkiner.

Este trabajo recorta un objeto del proyecto “Reforma del sector en la Ciudad de Buenos Aires: Modificaciones en las representaciones y practicas de los trabajadores y usuarios del sector”, cuya directora es Alicia Stolkiner.(UBACyT 2000-2002).

Esta investigación surge para dar respuesta a ciertos interrogantes que me fueron apareciendo en mi experiencia laboral, al haber participado en un programa PNUD “ Problemáticas sociolaborales” en el que fui parte del equipo que se encargaba del área de trabajo infantil.

El problema que me propongo analizar y conceptuar son las estrategias y prácticas de salud y en la utilización de los servicios de los niños en situación de calle en relación al sistema de atención en salud. Se pretende articular distintos niveles de análisis, a fin de poder describir e indagar las prácticas de salud y su relación real y posible con los servicios de salud, de los niños trabajadores callejeros.

En algunos sectores, parte de las estrategias familiares, colectivas o individuales, hacen que los niños se incluyan en el mercado de trabajo callejero. Es así que los niños, realizan actividades laborales que permiten su subsistencia y su reproducción como niños en el espacio urbano. En el espacio de la calle, dotados de una simbólica colectiva y social, ellos construyen prácticas y encuentran normas instituidas de consumo y usos de espacios, que les permite al mismo tiempo, la trasgresión, la amenaza y el riesgo.

Este estudio se centra en la ciudad Autónoma de Buenos Aires que presenta una situación socioeconómica y sanitaria más favorable que el conjunto del país. Sin embargo, al interior de la misma se reproducen situaciones de inequidad que se han profundizado en la ultima década. La ciudad de Buenos Aires tiene una ley local , la ley 114, fundamentada en la Convención Internacional de los Derechos del niño. En base a ella se creó el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que es una instancia gubernamental autónoma y autárquica, veedora de las políticas de la infancia y adolescencia. A pesar estas acciones estos ciudadanos de derecho no acceden a aquello que les debiera estar garantizado y sostenido colectivamente a través de sus representantes: el derecho a un desarrollo y madurez plena.

El objetivo de este trabajo es analizar y conceptuar la situación de salud y las prácticas y estrategias de auto cuidado de los niños en situación de calle, por considerarse un grupo doblemente vulnerable: por ser niño y por su estadía en situación de calle.

La metodología elegida combina técnicas cuantitativas con cualitativas en una estrategia general cualitativa. Se trata de un estudio que intenta incorporar la perspectiva de los actores en la producción teórica. Estas técnicas consisten en estudios documentales, encuesta, entrevistas semidirigidas y entrevistas a informantes claves. En estos momentos me encuentro procesando los datos relevados. Estos me permitirán conocer las

prácticas y estrategias de cuidado de la salud, los modos de utilización de los servicios de salud y las barreras de accesibilidad y las valoraciones construidas sobre los mismos.

Marco contextual: internacional, América Latina, Argentina, Ciudad De Buenos Aires.

Las transformaciones políticas, económicas y sociales producidas durante la última década, en América Latina y en particular en la República Argentina, han generado un aumento de la exclusión y la desigualdad social.

Este proceso se instala, en el marco de un contexto internacional, apuntalado por la globalización económica, la apertura de los mercados y las hegemonías del capital financiero.

“En la década del 70 el 5% de la población vivía en hogares con ingresos bajos la línea de pobreza, en los 80 subió al 12%, a partir de 1998 se incrementó notablemente superando el 30% y en el 2002 llega al 51% (SIEMPRO 2002)”¹

La composición de la pobreza es más heterogénea, ya que las carencias repercuten sobre sectores más amplios de la sociedad, que los de la pobreza estructural.

“La carencia de un nuevo contrato social entre estado y sociedad civil, provoca una tendencia a delegar en las unidades familiares muchas de las funciones que antes cubría el estado”².

“De hecho la situación social se ha ido conformando de una manera tal, con la existencia de la exclusión y marginación de grandes sectores de población, que los principios de los derechos sociales se han ido vaciando de contenido”.....” es una disociación buscada entre lo económico y lo social, ya que se trata de desligar a la economía de los valores sociales concretos, respondiendo a los riesgos desde los criterios del gasto y no desde la necesidad de la cohesión social y la solidaridad. “..... “Naturalmente esta política de las compensaciones, que podrían cumplir alguna función puntual sobre los individuos comprendidos en ella, resulta absolutamente ineficaz para mantener los derechos sociales cuando en verdad se trata de una proporción creciente de ciudadanos excluidos de la vida social.”³”

Los estados sociales de bienestar de la posguerra introdujeron el concepto de ciudadanía a los derechos sociales y marcaron el pasaje hacia una idea de responsabilidad social o colectivo en relación a la pobreza, a través de políticas sociales universales. En la Argentina ha dejado una impronta importante en el imaginario social.

Apelar a la ciudadanía en políticas sociales es un reconocimiento al lugar del sujeto de derechos de los beneficiarios, es que el estado asuma cierta responsabilidad en garantizar condiciones de igualdad y de respeto a las diferencias y es también reconocer una situación real de subordinación de determinados sectores de la población.

Desde una perspectiva histórica O’donnell afirma “ciudadano es el que tiene derechos a cumplir los actos que resultan en la constitución del poder de las instituciones estatales, en la elección de los gobiernos que pueden movilizar los recursos de aquella y reclamar

¹ Barcala, A y López Casariego, V La situación de la infancia como urgencia. Área de salud del Instituto de estudios y formación de la C.T.A. Septiembre 2002.

² Stolkner, A plan de tesis de doctorado, facultad de Psicología. Contexto y vivencia :reforma sanitaria, grupos familiares y prácticas de salud en Eldorado (misiones).

³ Galende E de un horizonte incierto Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Paidós.

obediencia, y en la prestación de recurrir a procedimientos jurídicamente preestablecidos para ampararse de instrumentos que considera arbitrarias. Históricamente, la ciudadanía se desplegó junto con el capitalismo, el estado moderno y el derecho racional-formal. Esto no es causal: el ciudadano corresponde exactamente al sujeto jurídico capaz de contraer libremente obligaciones.⁴

Hablar de ciudadanía, consigna al menos dos dimensiones de la vida de cada persona. Por un lado hace referencia a los derechos individuales de cada uno, por el otro remite a un vínculo de pertenencia con una comunidad determinada. En tal sentido ser ciudadano implica derechos frente y deberes con la comunidad.

La condición constitutiva de la “pobreza” es la desigualdad en la participación en la riqueza social.

En la Argentina, el proceso de empobrecimiento se aceleraron a partir del desencadenamiento de la crisis económica, social y política de fines de 2001. “Pese a que se había iniciado con anterioridad, su fase más aguda redundó en una mayor visibilidad social del problema y en la publicación de la falta de acceso a la alimentación como indicador más dramático. En el lapso octubre de 2001/abril 2002 se sumaron al universo de pobres 3,2 millones de personas, es decir 17.500 personas por día, producto del efecto combinado del aumento del desempleo, la caída de ingresos de los ocupados y el impacto diferencial de la inflación sobre la canasta básica de bienes y servicios (Equis, 2002)”⁵.

El INDEC da cuenta que en Argentina un 53% de personas que residen en los grandes conglomerados urbanos están por debajo de la línea de pobreza y muestran que en todo el territorio nacional los niños y niñas pertenecientes a hogares pobres constituyen el 72,3%. Las tasas de desocupación llegan al 21,5 %, las de subocupación demandante al 12,7% y las de subocupación no demandante al 5,9%⁶

En nuestro país en el 2002 hay mas de 1,8 millones de personas que cobran el plan jefes y jefas de hogar. De acuerdo con la encuesta permanente de hogar del INDEC la cifra de desocupación alcanzo el 21,5% de la población económicamente activa. Hay 3,05 millones de desocupados y 2,6 de subocupados. Esto significa que el 40% de la población activa presenta problemas laborales.⁷

“La familia se encuentra en una situación en la que debe dedicar más horas a su subsistencia, restringiendo el intercambio dentro del grupo familiar, disminuyendo su disponibilidad entre y hacia sus miembros”⁸.

Se produce un incremento de estrategias de supervivencia de vida individual o colectivas, a fin de lograr satisfacer necesidades básicas. Parte de estas estrategias es el ingreso de buena parte de sus miembros al mercado de trabajo, como las mujeres y los niños.

“El macro contexto sociocultural, caracterizado por la situación de pobreza, es el espacio común que atraviesa la vida de los niños que en la calle realizan actividades laborales como estrategias de subsistencia. Frente a esa misma realidad contextual existe hete-

⁴ Políticas sociales y equidad en América Latina en los años 90. Centro de documentación en políticas sociales Documento 15. Dirección de enlace de recursos institucionales. Dirección de General de políticas sociales, Subsecretaría de Promoción Social y Desarrollo Comunitario. Gobierno de la ciudad de buenos Aires.

⁵ Stolkiner A

⁶ Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) Onda Mayo 2002

⁷ Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) Onda Mayo 2002.

⁸ Stolkiner, A Tiempos posmodernos. Ajuste y salud mental. Políticas en salud Mental. Lugar editorial. 1994.

rogeneidad material y simbólica, al igual que diferentes formas de adaptación de las familias.”⁹

Según datos elaborados por Unicef y el Ministerio de Trabajo (CONAETI) de la Nación en el lapso transcurrido entre 1995 y el año 2000 el trabajo infantil creció un 91,6% en la Argentina. En el año 2000 la cifra de niños trabajadores había ascendido a 482.803, cifra que equivale al 7% de la tasa de participación laboral.

Estimaciones de la Dirección Nacional de Políticas de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, a partir de un proyecto desarrollado de manera conjunta con el Programa para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC/OIT) del mes de junio de 2002, sobre datos de INDEC, EDS 1997 y CNA 1988, indican una cifra de 1.503.925 niños y niñas trabajadores de 5 a 14 años, de los cuales 1.232.852 corresponden a trabajadores infantiles del ámbito urbano y el resto, 271.074, al ámbito rural.

Esto indica que más del 20,79% de la población infantil urbana, en esa franja etarea, trabaja. Si bien el número de niños trabajadores es inferior en el sector rural, el problema es más grave teniendo en cuenta la densidad poblacional ya que constituyen el 32,4%.

El documento elaborado por la Subcomisión CONAETI 2002 – Propuesta Nacional para la Erradicación Progresiva del Trabajo Infantil -, considera que casi todos los indicadores sociales del bienestar infantil, revelan una neta desventaja de los niños y niñas trabajadores con respecto a los que no trabajan, siendo las tasas de mortalidad infantil, desnutrición, invalidez, analfabetismo, repitencia escolar, abandono y/o egreso con sobre-edad, más elevadas.¹⁰

En algunos sectores, parte de las estrategias familiares, colectivas o individuales, hacen que los niños se incluyan en el mercado de trabajo callejero. Esto es que los niños, realicen actividades laborales que permitan su subsistencia y su reproducción como niños en el espacio urbano.

Aunque no hay información mas actual , se estima que tras la crisis social y la recesión económica de fines de 2001 la cifra se incrementó.

La precarización del trabajo y el aumento del desempleo hacen que aparezca un crecimiento preocupante del trabajo infantil.

El informe “Un Futuro Sin Trabajo Infantil”, elaborado por la OIT (2000), señala que de los 246 millones de niños entre 5 y 14 años afectados por el problema en el mundo , 17,4 millones viven en América latina y el Caribe. Esto supone que uno de cada cinco niños latinoamericanos participa en actividad laboral.

SI bien la incidencia del trabajo infantil es inferior a la que se registra en diversos países de América latina, una considerable cantidad de niños trabaja en la Argentina. Según estimaciones de la OIT, la proporción de niños de 10 a 14 años que trabaja en la Argentina es bastante inferior al poco menos que 10% correspondiente al conjunto de América latina. La Argentina ocupa dentro del continente el undécimo lugar, en orden de incidencia decreciente del trabajo infantil. Sin embargo , dicha incidencia es bien menor en países vecinos como Chile y Uruguay, o en Venezuela y Cuba.

“ Al impulso de dichas políticas neoliberales se instalaron profundos cambios en la sociedad Argentina en todos los niveles de la vida colectiva . En lo que hace al sector sa-

⁹ Landini, M, Varela, M Correa, E, Ureta, A La Subjetividad en el niño que trabaja. Facultad de Ciencias Sociales U.N.S Centro de Investigación Cuyo.

¹⁰ Publicacion CONAETI 2002. Ministerio de Trabajo de la Nación

lud se propicio un cambio radical de la concepción de salud , la que dejo de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el estado era responsable para transformarse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir” (Iriart, Leone,Testa, 1995)¹¹

La reforma del sistema de salud en argentino durante la década del 90, no constituyó un atenuante para la agudización del proceso de empobrecimiento creciente. Sometió el funcionamiento del sistema a la lógica del mercado bajo el modelo del aseguramiento, incorporando como premisas indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la de autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva.

Lejos de disminuir la brecha entre ricos y pobres, la reforma del sector salud resultó sintónica con la profundización de las diferencias. Aún durante el período en que se produjo un crecimiento del PBI, la evolución del gasto solidario (sector público más el de Obras sociales) no acompañó el ritmo de crecimiento de la riqueza. Esta tendencia a la inequidad se manifestó también en la inflación en salud, que fue muy superior al incremento del costo de vida o al crecimiento de la economía (González García G.; Tobar F.; 1997) redundando en un aumento de la proporción que el gasto en salud ocupaba dentro del gasto de los hogares. Los servicios de salud figuran entre los 10 rubros que tuvieron mayor inflación desde la aplicación del plan de Convertibilidad (1991). Mientras la moneda permanecía estable, el encarecimiento de los servicios de salud fue del 110,2% en los primeros cinco años de la década. Los medicamentos, particularmente, se encarecieron a niveles asombrosos aún en comparación con los precios internacionales (Stolkiner, et. Al, 1998).

La ciudad de Buenos Aires es un distrito que se diferencia claramente del conjunto de la nación en diversos aspectos . Su producto bruto per capita, estimado es mas de 25000 pesos anuales, casi triplica al del país. Y sus indicadores sociales también revelan una situación comparativamente favorable. Estas particularidades la distinguen , asimismo , de su conurbano. Esto no debe hacer pensar que es una ciudad carente de problemas sociales. Bien por el contrario, muchos de los procesos de reestructuración social y económicos acaecidos durante la ultima década han tenido un impacto muy notorio en los centros urbanos de mayor dimensión y desarrollo relativo.

En los últimos años se han producido cambios profundos en la ciudad de Buenos Aires . Por un lado aparece un nuevo escenario político institucional: por primera vez en este siglo se le reconoce a la ciudad facultades para el autogobierno. Por otro lado, conjuntamente con todo el país, se observa un deterioro en la situación socioeconómica de una parte considerable de la población.

La ciudad de Buenos Aires era hasta hace poco gobernada por un intendente designado por el ejecutivo nacional y sus ciudadanos solo elegían autoridades legislativas. Ahora la ciudad elige también al jefe de gobierno y cuenta con una flamante constitución que reconoce explícitamente los derechos políticos, civiles, sociales, culturales y económicos de todos los habitantes, además establece una serie de mecanismos de participación y de control de los ciudadanos y también fija los tiempos para la futura descentralización en comunas.

La distribución geográfica de la pobreza evidencia profundas desigualdades según la zonas de la ciudad.

¹¹ Barcala, A y López Casariego, V La situación de la infancia como urgencia. Area de salud del Instituto de estudios y formación de la C.T.A Septiembre 2002.

La ciudad de Buenos Aires aporta el 23% del PBI Nacional, habita en ella solo el 8,3% de la población total. Es así que sus habitantes participan en el PBI un promedio de 2,75 veces más que la media del país y 7 veces más que los habitantes de las provincias más pobres.

Sobre una población de 3.043.000 habitantes, 570.000 son niños de hasta 14 años. El 7,4% de la población total y el 13,6 % de los niños de 14 años o menos, residentes en la ciudad de Buenos Aires, poseían en 1999 necesidades básicas insatisfechas (López, A 1999).

Más allá que la ciudad Autónoma de Buenos Aires está en una situación privilegiada con respecto a las provincias que componen la República Argentina, reproduce en su interior situaciones de inequidad cuya población más afectada son los niños.

La distribución geográfica de la pobreza evidencia profundas desigualdades según la zona de la ciudad.

En el cordón sur viven el 20% de la población de la ciudad, el 25% de los niños hasta 14 años y se concentra el 61% de la población menor de 14 años con NBI, sobredimensionando tres veces el peso regional diferencial del cordón sur en la problemática de la pobreza estructural de los niños (López, A 1999).

Si consideramos algunos datos generales para el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires durante los años 2001 y 2002. Podemos ver la Evolución de la pobreza, la indigencia y la desocupación. En mayo 2001, la tasa de desocupación fue de 13,4, en octubre 14,3 y en mayo 2002 subió a 16,3. (Fuente: SEC enero 2003. DGE y Censos. GCBA).

“En cuanto a la población de niños y adolescentes en particular presentamos la tasa de actividad específica del año 1999 que permite establecer la cantidad de niños trabajadores en la Ciudad de Buenos Aires durante ese año”¹².

Tasa de actividad específica – Año 1999

Franja etaria	Población	Tasa de actividad específica
10 a 14 años	200.529	0,6
15 a 19	213.269	20,8

Fuente: Anuario Estadístico 2000. DGE y Censos. GCBA.

Según los datos del relevamiento 2001¹³ realizado en la ciudad autónoma de Buenos Aires se detectaron 1645 niños y adolescentes en situación de calle.

La mayor concentración de los niños y adolescentes fueron detectados en estaciones de tren y subtes.

¹² Informe diagnóstico Consejo de los derechos de niñas, niños y adolescentes 2003

¹³ Censo realizado por Promoción social GCABA dirección de infancia y familia.

El 92,7% vive en una casa y acude a las calles para realizar algún tipo de actividad económica. El 6,8% restante vive en la calle y el 0,5 % se negó a contestar o no sabía dónde vivía.

El destino de los ingresos percibidos por el niño son para la satisfacción de necesidades vitales. En el 71,1 % de los casos se trata de Ingreso Adicional, el 21,4 % es para Sostenimiento Personal o individual y el 4,5 % de los casos relevados en la primera muestra es el Ingreso Principal.

El promedio de antigüedad en la actividad es, para los chicos y adolescentes que hace 1 año o más que la realizan, de 3,3 años. Esto presenta variaciones en relación a la edad de los niños. Con relación al tipo de organización de los grupos de referencia y o pertenencia en los lugares de residencia de los niños: el 79,6% de los niños viven con sus padres, madres y hermanos(familia nuclear). Los hogares con familias extendidas abuelos, tíos, cuñados, sobrinos, etc. Son 17% los niños que viven solo con hermanos son el 0,9 % y los que viven con una red de amigos, vecinos el 1,5 %. De la población de niños que vive en una casa o en la calle con su familia el promedio de hermanos es de 5,3.

Del total de chicos encuestados que viven en una casa o en la calle con su familias el 19,3% vive en la ciudad de Bs. As, el 9 % no supo o no quiso decir, y el 71,7 restantes viven en un municipio del conurbano Bonaerense. o de la provincia de Buenos Aires y se traslada diariamente a la ciudad de Buenos Aires.. El 38,1 % de los chicos encuestados provienen de la zona oeste, el 30,3% de la zona sur, el 19,3% en la zona ciudad de Buenos Aires, el 3,2% en la zona norte y el 9,0% no supieron o no quisieron responder acerca del lugar de residencia.

De los niños entrevistado entre 4 y 18 años encuestados, el 68,7% asiste a la escuela y el 30,7 % no lo hace. Del total de los que asisten el 60,1% son varones y el 39,9% son mujeres mientras de los que no asisten el 71,9 son varones y el 28,1% son mujeres (hay que relacionar esto con . De los niños encuestados, que manifiestan estar trabajando en la calle, el 72,5% asiste a la escuela, mientras que el 27,5% restante no lo hace. De los niños que viven en la calle, el 15,2% asiste a la escuela y el 84,8% no. Periodicidad con la que van a la escuela el 90% de los chicos en situación de calle que manifestaron asistir a la escuela concurren a la misma los 5 días de la semana. Los chicos que asisten cuatro días por semana constituyen el 4,0% de la población, igual porcentaje que los que van 3 días, por ultimo hay un 2,0% que van solo 2 veces por semana. Cabe destacar que existe un alto porcentaje de niños y adolescentes que si asisten a la escuela 72,5% O sea que comparten las jornadas laborales con la escolar. Los mismos niños y adolescentes quienes explicaron los motivos que originaron el ingreso y la permanencia en la calle. El 98,7% de los niños y adolescentes encuestados definen su actividad en la calle como trabajo. En primer lugar los niños consideran que esta circunstancia esta provocada por la necesidad que tienen la familia de generar ingresos adicionales Ayuda Familiar/(31,1%) En segundo lugar, los niños atribuyen su estadía en la calle a la desocupación de algún adulto (17,8%) y en tercer lugar para comprar comida(13,9%) . A partir de los datos se puede ver que la edad de ingreso al mercado laboral callejero es de 8 años.

Más de la mitad de los niños de hogares NBI no poseen cobertura de la seguridad social medica la que es garantizada por el trabajo formal del jefe de hogar.

Existe un proceso creciente de dualización de la ciudad: una concentración de la riqueza en el cordón norte y una crecimiento asimétrico de la población NBI con una acumulación de la pobreza en el cordón sur. En el contexto descrito de profundas transformacio-

nes socioeconómicas se viene produciendo un impacto negativo en el proceso salud/enfermedad/ atención en particular en los hogares que habitan el cordón sur de la ciudad. (Stolkiner A y otros proyecto de investigación UBACyT 2000-2002).

En la ciudad de Buenos Aires sobre 2,8 millones de porteños, 726.739 no tienen obra social o no cuentan con un plan privado o mutual, de acuerdo a los datos definitivos del censo nacional dados a conocer por el INDEC. En 1991 con una población en la capital que rozaba los 3 millones de habitantes, sin cobertura médica había 584.185 personas, Así en una década, los porteños sin protección de una OS o prepaga aumentaron casi un 25%.

La caída de la cantidad de gente con protección médica en la ciudad de Buenos Aires que cuenta con ingresos medios altos y menor nivel de desocupación que buena parte del resto del país, tiene varias explicaciones: creció el desempleo, por lo que muchas gente perdió la afiliación a la obra social . En octubre de 2002 considerando los ocupados en planes sociales, fue del 13,5%.

Aumento el empleo en negro : subió del 21,1% en 1991 al 26,8% en mayo de 2002. Esta gente aunque trabaja no tiene obra social. Ahora hay unos 250.000 empleados porteños no registrados por sus empresas.¹⁴

Aunque hubo una proliferación de planes médicos privados , por la desocupación y los menores ingresos de la población mucha gente no puede seguir pagando las cuotas.

La ciudad de Buenos Aires hasta el año 2002 contó con un camión móvil sanitario dirigido a los niños en situación de calle . A partir de sus registros podemos observar que fueron atendidos por primera vez 188 niños y que volvieron por seguimiento control o nuevas consulta 96 dando un total de 284 niños y adolescentes . en situación de calle durante el mes de septiembre-noviembre 2001 Por los motivos que más consultaron fueron por: problemas Respiratorios 62%, por control 48% Heridas y/ o traumatismos/ quemaduras 36%, consultas por dermatología 39%, consultas odontológica 39% otros 45% s/inf 15% en este total se encuentran los motivos de atención médica de primera consultas y de consultas ulteriores .

En relaciona a la franja y el sexo el periodo correspondiente a 13 a 15 de varones es un total de 39 y de mujeres 15 de la edad de 10 a 12 años varones 21 y mujeres 9,

Sexo	0a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12	13 a 15	16 a 18	19 a 21	S/ i	total
Varones	13	5	13	21	39	14	9		114
Mujeres	16	10	5	9	15	8	5		68
S/inf								6	6
Total	29	15	18	30	54	22	14	6	188

Se percibe que es mayor la consulta en varones que en niñas . Por la problemática respiratorias consultan más niñas 36 que niños 25. y en consultas odontológicas que consultan en igual forma 19 varones y 19 niñas. En dermatología 22 varones y 17 niñas por heridas y/ o traumatismo / quemadura 32 varones y 2 niñas.

¹⁴ Clarín sector economía. Viernes 14 de febrero de 2003. Pag 3

De este total los niños y adolescentes que fueron asistidos, 31 corresponden a la zona de Constitución.

Estos niños que se encuentran en situación de calle pertenecen a familias pobres de nuestro país.

“Para todos ellos el problema a enfrentar es, además de las vicisitudes que impone la miseria económica, el de una existencia que no los vincula a los procesos reales de la vida colectiva, condenándolos a una pérdida creciente de su capacidad de incidir sobre las decisiones sociales. En esta situaciones, grandes conjuntos humanos ven trastocados sus condiciones de existencia y suman, a la pérdida de su historia singulares (familiares, étnicos, culturales, etc) en el anonimato que impone la gran ciudad, la fractura de los vínculos sociales en los que se transmiten los desamparos y las desesperanzas. Obligados a producir sus propias reglas de vida, el riesgo al fracaso y la posibilidad de la enfermedad mental se acrecienta. Los más frágiles, por sus recursos psíquicos o por su desamparo que sufren, constituirán aquellas poblaciones con mayor riesgo de sufrimiento mental(los ancianos, los niños abandonados, los jóvenes marginales, los desocupados crónicos, etc).¹⁵

Tomemos el concepto de marginalización de Roberto Castel para quienes la marginalidad profunda se ubica al final de un recorrido y como resultado de un proceso de exclusión con respecto al trabajo y a la relaciones sociales. Cuando se precarizan las condiciones de trabajo y se fragilizan los soportes relacionales, estas familias se encuentran en una zona llamada de vulnerabilidad. Cuando el vínculo con el trabajo es inexistente y predomina el aislamiento, se inscribe en una zona de marginalidad y desafiliación. Muchas familias se encuentran en este recorrido que los lleva de zona de vulnerabilidad a la exclusión.¹⁶

Considero a las estrategias como decisiones individuales o colectivas, ya sea, de la familia o de grupos de pares, que permitan satisfacer necesidades, estas decisiones pueden o no producir sufrimiento. Las necesidades esencialmente humanas, comer, vestirse, educarse para satisfacerse deben ser cubiertas a partir de recursos básicos como para poder alcanzarlas, si bien estas cambian histórica y socialmente. Los niños que se encuentran en esta circunstancia especial para obtener sus recursos deben generar mecanismos para su obtención y creación, para su defensa, como asimismo para su recreación, administración y producción continua: “los recursos pueden provenir de distintas fuentes...” y “los recursos pueden ser monetarios o en bienes o servicios de uso directo”¹⁷.

Al definir estrategias familiares de vida me refiero al instrumento que permite describir los procesos de salud/ enfermedad/ atención a partir del grupo e indagar los mecanismos y estrategias que utilizan las familias para cuidar su salud aun en condiciones de privación extrema (Torrado 1998). Refiriéndome a las estrategias familiares de vida como aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada, que estando condicionados por su posición social o pertenencia a determinada clase o estrato social se relaciona con la constitución y mantenimiento de las unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas practicas económicas y no económicas indispensables para la optimización de las condiciones materiales de la existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros (Torrado 1998).

¹⁵ Galende E psicoanálisis y salud mental. Paidós.

¹⁶ Castel , R Las Metamorfosis de la cuestión social, crónica del asalariado. Ed Paidós Estado y sociedad.

¹⁷ Grassi , E la familia un objeto polémico. 1996

Utilizo el concepto de prácticas en salud, porque enlazan las acciones de los chicos y de su grupo familiar con sus dimensiones simbólica y los campos de representaciones.

Esta investigación adscribe conceptualmente al marco teórico de la medicina social latinoamericana considerando a la salud como un derecho inalienable donde la estructura económica y las relaciones sociales de producción y de cambio de una sociedad y no los fenómenos biológicos en si mismos, son los que determinan la relación del hombre con la naturaleza y consecuentemente el tipo de enfermedad que padecen (Laurel, a y otros (1975-1986).

De este forma la problemática de la salud dejo de ser un campo aislado para construirse en una problemática compleja, determinada por múltiples dimensiones que son necesarias contextualizar e indispensable su articulación entre salud y economía.

Presentación del trabajo de campo

El trabajo de campo se realizo en la estaciona de Constitución y la zona aledaña a esta, como Plaza Constitución y su manzana.

La Estación de constitución presenta una presencia constante de circulación de gente dado por la estación de tren como por la boca de subte. Además de numerosas línea de colectivo. Esta se encuentra en el limite de la Ciudad de Buenos Aires con la Zona Sur del conurbano bonaerense.

Recorté esta zona debido a que forma parte de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires y constituye una de la zona de mayor concentración de niños en situación de calle.

El primer paso de la salida de campo consistió en la confección de una planilla de observación que incluyo los siguientes ítems: día, hora, sexo, edad aproximada, actividad, si estaban solos o acompañados y con quien.

Esto fue utilizado para poder pensar en una muestra aproximada debido a que no se conoce el universo de chicos en situación de calle en la zona de Constitución, más allá de que contaba con los datos realizados en el relevamiento de chicos en situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires.

Al igual que en la observación tanto la encuesta como las entrevistas se realizaron en las tres bandas horarias mañana, tarde y noche(9 a 24Hs).

Se entrevistaron 113 niños y niñas y se tomaron 13 entrevistas, en la mayoría de ellas participo mas de un niño.

De los 113 fueron el 48 niñas y el 65 varones la edad registrada fueron de entre 5 a 14 años .

La encuesta consta de 8 partes: una primera parte que recoge datos demográficos generales.

Una segunda parte que permite registrar determinaciones de su estadía en la calle.

Una tercer parte que registra lugar de residencia y a su vez se subdivide en dos calle y casa.

Una cuarta ocupación y desocupación del grupo familiar.

Una quinta actividades que realizan los niños en calle

La sexta problemas en calle

La séptima estrategias de supervivencia de los niños y sus grupos familiares

Y el ultimo donde se pone el acento que son las cuestiones de salud , accesibilidad o barreras de acceso y estrategias y practicas de salud de los niños en situación de calle.

Se encontró mayor resistencia a la toma de entrevistas, por ejemplo, dado por el miedo a poder ser filmado en forma oculta. Si bien se les explicaba que eran anónimas, estos niños ya sufrieron malas experiencias anteriores que nos fueron comentadas. Las entrevistas fueron tomadas tanto a niñas, niños como madres y en algunos casos los que hablaban eran los padres.

Las entrevistas fueron tomadas en calle. Se respeto esta situación y se implementaron en situación de calle. Estas entrevistas toman características particulares por el tipo de vida y por su situación particular en muchas de ellas, después de pautar el marco de la entrevista con el entrevistado aparecía otro niño o niña que comentaba su experiencia u otro pedía poder cantar una canción.

También se entrevistaron a los trabajadores de todos los programas o instituciones que trabajan con esta población en la zona de Constitución. Considerados como informantes claves , dado por la experiencia de trabajo.

En estos momentos me encuentro tomando más entrevistas a los trabajadores, dado que por el tipo de trabajo de ellos, en varias ocasiones se complicó la posibilidad de toma de la entrevista.

LA CALLE: VISIBILIDAD O INVISIBILIDAD

Este espacio de la calle no es un receptáculo pasivo, sino que opera a través del sistema de representaciones y de significaciones al cual se remite.

“La yeca es, así, el ámbito popular por excelencia de adquisición de los saberes más importantes para la subsistencia de quienes están en las mas desfavorables condiciones, los sectores populares. La calle puede adquirir otro significado en el contexto Argentino, por ejemplo , como sitio inseguro o peligroso , residencia del delito”¹⁸.

“vagos y al mismo tiempo rígidos (la calle termina en las puertas de la calle, espacio público diseñado para transitar, cuyos límites son entrada a espacios privados), urbano, continente de innumerables estímulos, en donde la separación de las prácticas íntimas de las exhibibles socialmente es imposible, es apropiable solo provisoriamente. Nunca es una casa, y menos la propia. Sus reglas de horarios, movilidad, posibilidades e imposibilidades son totalmente contradictorios con las reglas de la vida transcurrida en un espacio que separa lo privado de lo público, lo íntimo de lo social. La casa, primera extensión del cuerpo, no es ya el continente donde se desenvuelve la vida de los chicos de la calle, y no es ya el espacio en donde los cambios corporales de la adolescencia podrán ser integrados simbólicamente”¹⁹.

En varias de las entrevistas tomadas a los niños relataban cuestiones de su vida en la calle, contaban la desaparición de alguna amiguita que recién se incluía en el espacio de

¹⁸ Sergio Visacovsky El Lanus: Memoria y política en la constitución de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica Argentina. Alianza Editorial

¹⁹ Llovett Valeria “Promoción de resiliencia en programas sociales con chicos de la calle” en Anuario de Investigaciones X, Facultad de Psicología

la calle. En las entrevistas tomadas a los profesionales apareció el tema de secuestro de niños para el tráfico de órganos.

Al mismo tiempo la calle es sinónimo de movimiento y dinámica colectiva, además de ser un espacio de interacción abierta y lugar de visibilidad social.

En ella los acontecimientos cambian permanentemente, allí la gente se mira, se ignora, se pelea, se comunica e intercambia bienes y servicios. Es esencialmente tiempo y espacio de vida social, inscribiéndose las prácticas de los diferentes agentes que la frecuentan y la consumen. La calle connota un espacio de exclusión, peligrosa, no conveniente para permanecer, ni trabajar o mostrarse, pero también es sinónimo de recreación, placer y aventura. Paradójicamente su visibilidad, se ha instituido en ocultamiento y simulación. Es para muchos un espacio de agresión y violencia, un lugar de riesgo social, donde conviven diferentes actores de la vida urbana: ricos y pobres, niños, jóvenes y adultos.

El espacio público contradictoriamente se convierte en el espacio de protección-desprotección, seguridad- amenaza y amparo-falta de refugio.

Durante el trabajo de campo realizado en Constitución, se pudo observar que para la gente que transita por la estación, el paisaje de los niños y su grupos familiares se torna invisible así como la vida interna de la estación. No es así para la gente que vive en ella como para los niños, los vendedores ambulantes, los que trabajan en los puestos y la policía que circula dentro de la estación. Construyéndose así un panóptico de control total de lo que en ella sucede.

Los niños lo relatan de la siguiente manera “ te acercas a pedirle y no te miran” “ Es feo no te dan pelota. ”

Otros contaron como los de “adentro de la estación son los que pisan a la gente y los de afuera son los que roban”.

Se puede describir así diferentes juegos de poder ejercido por distintos grupos que conviven en la estación de Constitución, donde la mirada se convierte en un importante factor de coerción. Como por ejemplo algunos entrevistados dejaban de hablar al sentirse observados “ por los que roban”

Presentación de los niños y niñas en situación de calle en Constitución.

Se define en este trabajo niñas y niños en situación de calle como a todos aquellos niños desde 5 hasta 14 años que viven, trabajan o transitan la Zona de Constitución.

El 15% de los niños y niñas encuestados presentan una edad de 10 años.

Distribución porcentual por edad de los niños.

		%
Valid	05	1,8
	06	7,1
	07	7,1
	08	13,3
	09	12,4
	10	15,0
	11	8,8
	12	11,5
	13	10,6
	14	12,4
	Total	100,0

Cantidad de niñas y niños por edad

		Sexo del/a encuestado/a		Total
		Femenino	Masculino	
Edad del/la encuestado/a	05		2	2
	06	6	2	8
	07	3	5	8
	08	5	10	15
	09	4	10	14
	10	11	6	17
	11	5	5	10
	12	6	7	13
	13	5	7	12
	14	3	11	14
Total		48	65	113

La mayoría de los niños viven en la provincia de Buenos Aires(71,7%) y el (24,8%) en Capital Federal, sin datos el(3,5%).

De los niños que se encuentran en situación de calle pero luego regresan a su casa el (81,05%) pertenece a la provincia de Buenos Aires y el (15,78%) a la Ciudad de Buenos Aires y los niños que viven en la calle el (23,52%) su lugar de residencia pertenece a la provincia de Buenos Aires y el (76,47%) a la Ciudad De Buenos Aires.

Cantidad de niños y lugar de residencia

		¿Donde vivís?			Total
		Ca-sa	calle	sin datos	
Lugar de residencia	Cap. Fed	15	13		28
	Pcia. de Buenos Aires	77	4		81
	sin datos	3		1	4
Total		95	17	1	113

En relación a la residencia en casa o calle pudimos registrar que el 84,1% de los niños y niñas viven en casa y el 15% en calle .

Composición familiar

Incluyo a la familia, dado que cuando hablo del niño, me refiero a un individuo, marcado por su historia familiar y personal, determinado por su pertenencia social, miembro de una categoría social, inmerso en el tránsito del ciclo vital. Todo ello forman parte del contexto de este desarrollo, que es la familia. “Los grupos familiares no son exclusivamente una relación de consanguinidad, sino también relaciones culturales, unidades de residencia, reproductivas y económicas.

“Un primer punto que requiere atención es la distinción analítica entre unidad doméstica y familia. Por un lado, la familia tiene un sustrato biológico ligado a la sexualidad y la procreación , constituyéndose en la institución social que regula, canaliza y confiere significados sociales y culturales a estas dos necesidades. Por otro lado, la familia esta incluida en una red mas amplia de relaciones -obligaciones y derechos- de parentesco, guiados por reglas y pautas sociales establecidas. La importancia de la familia, sin embargo, va mas allá de la normatividad de la sexualidad y la filiación. También constituye un grupo social de interacción, en tanto grupo co-residente que coopera económicamente en las tareas cotidianas ligadas al mantenimiento de sus miembros”²⁰.

Las actividades comunes ligadas al mantenimiento cotidiano definen unidades domésticas, en las cuales se combinan las capacidades de sus miembros y recursos para llevar a cabo dichas tareas de producción y distribución”

“ La familia constituye la base de reclutamiento de la unidad doméstica, develando un aspecto significativo de la normatividad social”. ”.²¹

Existe un tipo de modalidad que prevalece en los grandes centros urbanos y se trata de una particular forma de conformación y organización de grupo laboral: la unidad doméstica entre pares.

²⁰ Grassi , E la familia un objeto polémico.1996

²¹ Jelin, E Familia y unidad domestica. Mundo publico y vida privado. CEDES

Comprendida por niños que viven y trabajan en la calle”. Estos grupos, de pares, son organizaciones, comprendidas por niños que se identifican con una misma situación y vínculos familiares endeble o altamente deteriorados. Las relaciones predominantes son la reciprocidad mutua, la solidaridad y la dependencia afectiva con el grupo de referencia /pertenencia. Estos grupos establecen relaciones de jerarquía, no remplazan la estructura familiar, sino que conforman una forma de organización de protección y subsistencia.

En esta investigación pudimos ver que la mayoría de estos niños viven con su grupo familiar el 85,8% y solo viven sin su familia al 8% .

En relación a la composición del grupo familiar presentan el 70,8% a familias nucleares comprendida por padre, madre y hermanos y el 12,4 por familias extendida comprendida por las nuclear incluyen tíos, tías, primos abuelos.

La gran mayoría de niños se encuentran acompañados en la calle sea por su madre y hermanos el 38,9%, solo por sus hermanos el 12,4% por amigos el 11,5% y se encuentra solo el 8%.

En relación al tiempo de estadía en calle tanto para los niños que trabajan o trabajan y viven en calle es de hace un año el 20,4% , hace dos años el 17,7 y hace 3 años 11, 5. Tal vez se podría pensar por el tiempo de estadía en la calle con relación a la crisis del 20 de diciembre del 2001.

Ante la pregunta por que estas en la calle el (29,2%) dijo para comer el 16,8 por que ambos padres se encuentran desocupados y el(9,7)para hacer plata.

Causas de la estadía en la calle

		Percent
V ali d	Para ayudar a los padres en sus actividades	6,2
	Para ayudar a los padres económicamente	6,2
	Para comprarse sus propias cosas/para tener plata propia	6,2
	Para comer	29,2
	Porque la madre y/o el padre están desempleados	16,8
	Por haber perdido la casa donde vivía	6,2
	Porque me gusta	8,8
	Porque se escapó de la casa por maltrato	,9
	Porque se escapó de la casa por problemas familiares	3,5
	Otros	2,7
	no contesta	2,7
	Para hacer plata	9,7
	sin datos	,9
	Total	100,0

En relación a la ocupación desocupación laboral en la familia , se presentaron el 81,4 de desocupados y el 8,8 que presentaban trabajo y sin datos el 9,7%. En el cuadro se puede ver que cuando detallamos los miembro familiares en relación a ocupación laboral el 48,7 contesto que nadie de su familia tenia trabajo.

Miembros de la familia que tienen trabajo

		Per-cent
Va-lid		9,7
	Hermano	4,4
	Madre	8,8
	Madre y padre	5,3
	Madre, hermana, abuela	0,9
	Madre, tía, tío	0,9
	Nadie	48,7
	Padraastro y padre	0,9
	Padre	16,8
	Primo	0,9
	Tío	0,9
	Tío y abuela	1,8
	Total	100,0

En relación a las actividades laborales de los niños en situación de calle separamos en tres cuadros debido a la diversidad de actividades que estos niños realizan en calle. La mayoría de las actividades que ellos combinan son pedir , vender y cirujear.

Descripción de los casos que realizan una sola actividad

		%
Va-lid	Ayudar a los padres en sus actividades	4,4
	Cirujeo	15,9
	Pedir	44,2
	Robar	3,5
	Lustrar zapatos	,9
	Venta	6,2
	Cuidado de otros niños	,9
	Total	76,1
Miss ing	System	23,9
Total		100,0

Descripción de los casos que realizan dos actividades

		Percent
Valid	Pedir y buscar en teléfonos	,9
	Pedir y robar	1,8
	Pedir y abrir puertas de taxis	2,7
	Pedir y venta	5,3
	Pedir y cirujeo	6,2
	Pedir y "nada"	,9
	Cirujeo y abrir puertas de taxis	1,8
	Venta y abrir puertas de taxis	,9
	Total	20,4
Missing	System	79,6
Total		100,0

Descripción de los casos que realizan tres actividades

		Percent
Valid	Pedir, buscar en teléfonos, abrir puertas de taxis	,9
	Cirujeo, venta, pedir	,9
	Total	1,8
Missing	System	98,2
Total		100,0

En relación a las horas de actividad en calle podemos notar que predomina 7 horas laborales el 20,4% de los niños se encuentran trabajando ese tiempo y el 17,7 las 24Hs , el 14,2 las 6 horas y el 13,3 5 horas.

La edad en que los niños empiezan su trabajo en la calle es el 13,3% a los 7 años y 11,5% a los 8 años en relación a la escolaridad el 68, 1% de los niños concurren a la escuela y el 31% no lo hace.

El 72,6% de los niños concurren a comedores y el 27,4 no . El 44% concurren al comedor en la escuela 10,6 A Santa Catalina (Centro de día y de noche) y el 9,7 Al de su barrio en la provincia.

Otra forma de vulneración de su infancia : La inaccesibilidad al sistema de salud y la falta de respuestas del sector salud

“Los niños y adolescentes en situación de calle no son los pacientes tradicionalmente conocidos en los ámbitos tradicionales y asistenciales de salud. Una diferencia sustancial reside en que esta población generalmente concurre a la atención médica sin una familiar o adulto responsable que los acompañe. En algunas ocasiones, lo hacen con un adulto al que concurren en forma circunstancial o con un referente u operador social perteneciente a alguna instancia institucional.. En otras ocasiones es la policía quien los acerca al centro asistencial, principalmente cuando se trata de hechos delictivos, accidentes, sobredosis, abandono, violencia o lesiones de origen diversos”²²

Estos niños concurren a la consulta urgidos por el síntoma, el dolor agudo y en términos generales, por cualquier situación de urgencia, buscando una respuesta inmediata.

Cuando acceden lo hacen en condiciones extremas como fuertes dolores, impedimento de poder estar en constitución trabajando, por accidentes etc.

En relación a la institución que concurren en el caso de padecer una enfermedad pudimos ver que concurren al hospital de la capital 33,6%, el 15,9 % hospital de provincia, 6,2 no especificado en que lugar se atiende (hospital), el 17,7 a salita provincia y el 5,3 % hospital capital y salita provincia.

.6.1.1 Cuando está enfermo dónde concurre

		Fre- quenc y	Per cent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Consulta a enfermero	1	,9	,9	,9
	Hospital Cap Fed	38	33,6	33,6	34,5
	Hospital Cap Fed y/o Salita del Barrio (Cap Fed)	1	,9	,9	35,4
	Hospital Cap Fed y/o Salita del Barrio (Pcia)	6	5,3	5,3	40,7
	Hospital no especificado	7	6,2	6,2	46,9
	Hospital Pcia de Buenos Aires	18	15,9	15,9	62,8
	Hospital Pcia de Buenos Aires y/o Salita del Barrio (Pcia)	8	7,1	7,1	69,9

²² La atención en salud de un niño o niña en situación de calle: un constante desafío. Florencia Altamirano, Judit Arcusin, Jose Pasamonik, Monica Waisman, Noris Pignata, Julieta Pojovsky y Frida Riterman. 2002 ARCHIVO Argentino Comité SAP

Hospital y/o salita del Barrio no especificados	1	,9	,9	70,8
No concurre	7	6,2	6,2	77,0
Otros	5	4,4	4,4	81,4
Salita del Barrio (Pcia)	20	17,7	17,7	99,1
Sin datos	1	,9	,9	100,0
Total	113	100,0	100,0	

El 50,4% de los niños consulto a los médicos en el ultimo año y el 46 % no lo hizo . en relación a si consultan periódicamente a médicos el 31% si lo hizo y el 67,3 no.

Al presentar los motivos de elección del lugar de atención predomina la cercanía 12,4% y en relación a la forma en la que acceden es caminando 18,6.

Se puede percibir que existe una diferencia entre la elección del hospital general y la salita del barrio donde el primero es elegido 2 POR QUE ATIENDEN MEJOR” “EN EL Argerich tienen Historia clínica y en la salita no”” A la salita vamos en caso de urgencia” depende si vamos por que esta enfermo o si es para control” “ el hospital es mas confiable”

Frente a la pregunta” por algún problema de salud no pudiste venir acá a la calle el 17,7 % respondió que si , pero este numero debe ser considerado en forma relativa ya que probablemente hayan habido otros niños que estando enfermos hayan concurrido de todos modos a trabajar.

El 17,7% dijo conocer a alguien que haya padecido maltrato infantil o conocían a alguien que lo haya padecido.., el 31% v de los niño presentan las vacunas al día. Esta pregunta solo fue realizada a los adultos que . El 41,6% de los niños consume tabaco y el 56,6% no . La frecuencia entre los que consumen es de 29,2% lo realizan todos los días.

En relación a golpes caídas que hayan requerido atención medica el 35,4% si lo presentan y el 64,6% no .

En relación a manchas en la piel el 39,8 presentan y el 59,3 no .

En referencia a tos el 82,3 % si presentó y el 16,8 % no.

Estuvieron internados en los últimos 2 meses el 22,1% si y el 75,2% no, los motivos más frecuentes fueron por accidentes el 2,7 % por intoxicación y por apuñalamiento 2,7 %-

A través de las entrevistas pudimos notar una diferencia entre las respuestas que dan los niños o sus padres y la que dan los profesionales. Si pudimos notar que los niños accedían al sistema de salud acompañados por los operadores de los programas tanto estatales como de las ONG y de esta forma encontraban respuestas a sus problemas de salud. La mayoría de los niños que iba acompañado por su madre o padre se quejaban que no le daban una solución al problema de salud por el cual iban a consultar como por ejemplo “ mi mama me llevo al hospital por mi muela, no me hicieron nada” “ tengo infección en la muela desde hace 2 años”.

Desde el lado de los profesionales que la representación que tenían en relación a que los niños no accedían al sistema de salud estaba dado por el miedo de los niños a ser judi-

cializado por falta de un adulto responsable. Del lado de los niños era que iban si los llevaba un adulto sea operador o mama y el miedo a la policía no aparecía. En donde si aparecía el miedo a la policía era en relación a la calle. Considerada a la policía como causante de daños constantes, “ nos golpean, nos molestan por todo”.

Ningún niño por el solo hecho de ser niño concurre solo al sistema de salud , siempre por su condición de infante necesita de otro que codifique que su dolor tiene que ser resuelto en el ámbito hospitalario.

Otras de las dificultades que aparecieron por parte de los padres de estos niños fue: el horario para sacar turno, haciendo que muchos lo realicen por guardia o otra el acceso a la medicación.

“Estos pacientes demandan ser atendidos en forma inmediata, perentoria , siendo este el modo habitual de relacionarse en todos los ámbitos de su vida. Así inmediatez, urgencia, compulsividad e incapacidad de espera, constituyen características comunes a tener en cuenta en el momento de programar turnos, realizar estudios y planificar futuras acciones preventivas con estos pacientes. En este aspecto, los requerimientos burocráticos y administrativos, las largas esperas, las demoras en las prácticas y las dificultades del acceso a medicamentos u otros insumos, desalientan la demanda de atención. Frente a este panorama, el niño en situación de calle suele retirarse del hospital o centro asistencial , en algunos casos sin ser atendido y en otro, sin contemplar la atención”²³.

Como anteriormente plantea estos niños no son los pacientes tradicionales y forman parte de una familia que como plantea Castel son los desafiados²⁴.

El punto es la desafiliación está en conflicto con las instituciones, el modo o dispositivo las instituciones escuela hospital, justicia están creados o pensados como oferta de servicios , a la espera de la demanda poblacional, es la población la que demanda y las instituciones plantean una serie de requisito o pautas institucionales. Para este tipo de población se hace necesario que el estado con sus instituciones sean las que tienen que salir a ofertar el servicio y ofertarse .

Como otros pacientes en condiciones de extrema vulneración social, los niños y adolescentes en situación de calle no suelen poseer documentación que acredite su identidad. Las dos situaciones mencionadas derivan muchas veces en obstáculos.

Aquellos niños que no viven con su familia asisten al sistema sanitario a partir de encontrarse contenidos en algunos de las instituciones estatales u gubernamentales de estadía transitoria como los centros de día y de noche. Allí los operadores acompañan a los niños y niñas a las diferentes consultas medicas u odontológicas.

Cabe recordar que la Ciudad de Buenos Aires cuenta con dos centros de día para esta población uno estatal y otro perteneciente al tercer sector, siendo el único que cuenta con centro de noche.

La lógicas y tiempos institucionales no concuerdan con las lógicas y tiempo de los niños, menos aún de las lógicas y tiempos de la calle.

²³ La atención en salud de un niño o niña en situación de calle: un constante desafío. Florencia Altamirano, Judit Arcusín, Jose Pasamonik , monica Waisman, Noris Pignata , Julieta Pojovsky y Frida Riterman.2002 ARCHIVO Argentino Comité SAP

²⁴ Castel R las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado. ED Paidós.